

Vergaderjaar 1999–2000

24 124

Kostenbeheersing in de zorgsector

Nr. 100

BRIEF VAN DE MINISTER EN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Den Haag, 28 januari 2000

1. Inleiding

In dit actieprogramma geven wij een nadere uitwerking van het plan van aanpak uit november 1998 (Tweede Kamer, vergaderjaar 1998–1999, 24 124, nr. 69) en de contouren die wij in november 1999 naar de Kamer hebben gezonden (Tweede Kamer, vergaderjaar 1999–2000, 24 124, nr. 98). We hanteren daarbij een aantal uitgangspunten.

Kwalitatief goede hulpmiddelenverstrekking

Centraal bij de uitwerking staat de noodzaak om ook in de toekomst de kwalitatief goede hulpmiddelenverstrekking aan cliënten te handhaven. Het gebruik van medische hulpmiddelen neemt toe. Dit weerspiegelt een positieve ontwikkeling, omdat medische hulpmiddelen de zelfredzaamheid en de maatschappelijke participatie van mensen bevorderen en daarmee bijdragen tot preventie van zorgvraag. Met de nu voorgestelde uitwerking wordt voorkomen dat we andere, maatschappelijk onwenselijke maatregelen zoals pakketbeperking of een hogere eigen bijdrage, moeten nemen.

Vergroting budgettaire beheersbaarheid

Vergroting van de budgettaire beheersbaarheid is een tweede centraal uitgangspunt bij de vormgeving van het toekomstig beleid. Bij de aanpak die ons nu voor ogen staat grijpen we zo veel mogelijk aan bij die factoren die de uitgavenontwikkeling van extramurale hulpmiddelen bepalen.

Daarbij onderscheiden we vier determinanten:

- 1) de ontwikkeling van het volume;
- 2) het tot stand komen van de prijs per hulpmiddel;
- 3) de ontwikkeling van de kwaliteit van hulpmiddelen;
- 4) de extramuralisatie.

Ad 1. Wij streven er naar de doelmatigheid van het gebruik te optimaliseren. Het Plan van Aanpak 1998 geeft de aanzet door o.a. limieten in te stellen aan het aantal verbruiksartikelen en door reële gebruikstermijnen. In dit huidige actieprogramma doen we aanvullende suggesties voor het verbeteren van de deskundigheid bij het voorschrijven en het maken van resultaatgerichte afspraken daarover.

Ad 2. De verzekeraarsbudgettering heeft al geleid tot forse prijsreducties bij verbruiksartikelen. Op dit front kan nog meer gebeuren. De prijzen van de artikelen zullen zakken door de concurrentie tussen aanbieders te bevorderen en door een doelmatiger inkoopbeleid te stimuleren. Nieuwe aanbieders moeten de gelegenheid krijgen op de markt verschijnen. Ter facilitering van de verzekeraars zullen wij een concurrentiebevorderend orgaan oprichten. Voorts zullen we een aantal hulpmiddelen onder het verlaagde BTW-tarief brengen.

Ad 3. Om bij de collectieve uitgaven een redelijke kosten-batenverhouding te realiseren, voeren we het productgebonden budget in, waardoor de consument ook zelf een afweging kan maken.

Ad 4. Door de ziekenhuisverplaatste zorg worden steeds meer intramurale hulpmiddelen ook extramuraal toegepast: infuuspompen, beademingsapparatuur e.d. Daarnaast blijven ouderen langer zelfstandig thuis, mede dankzij de beschikbaarheid van tal van hulpmiddelen. De kosten van deze hulpmiddelen worden op dit moment geïsoleerd van de andere kosten in de gezondheidszorg gezien. Vanwege het feit dat er geen integrale afweging van de totale zorgvraag plaatsvindt, kunnen er ondoelmatigheden in de zorgverstrekking ontstaan. Om een integrale afweging – en een doelmatiger inkoop – te bevorderen zullen we een aantal hulpmiddelen onder de budgetten van ziekenhuizen en verzorgingshuizen brengen.

Met het in deze brief geschetste actieprogramma wordt op termijn een substantiële besparing gerealiseerd van ten minste 130 miljoen gulden. We blijven mede dankzij de inzet van dit programma binnen het voor deze kabinetsperiode afgesproken budgettaire kader voor de hulpmiddelen.

Deregulering en een faciliterende overheid

Een derde belangrijk element bij de vormgeving van het toekomstig beleid is dat er op het terrein van de geneesmiddelen recentelijk belangwekkende adviezen zijn uitgebracht. Deze hebben met elkaar gemeen dat de rol van de overheid vooral faciliterend van karakter zou moeten zijn. Alle rapporten onderstrepen het belang van enerzijds *op hoofdlijnen* geregleerde marktwerking en anderzijds deregulering *op detailniveau*. Gelet op bovenstaande zijn wij van mening dat het toekomstig beleid inzake de hulpmiddelen minder detaillistisch van aard moet zijn en meer moet aangrijpen bij de actoren die volume en/of prijs kunnen beïnvloeden. De sturingsmogelijkheden van de overheid zijn immers beperkt. Verantwoordelijkheden dienen zo veel mogelijk te liggen bij diegenen in het veld die daadwerkelijk doelmatigheid kunnen bevorderen. Risicodragende zorgverzekeraars vervullen daarbij een regierol. Vanuit deze bestuurlijke invalshoek is het nu voorliggende actieprogramma geschreven.

Samenhang met andere regelingen

Ten slotte willen wij nog wijzen op de werkzaamheden van de IBO-werkgroep WVG. Dit onderzoek heeft tot doel na te gaan in hoeverre een duidelijker afbakening van beleidsverantwoordelijkheden en voorzieningspakketten voor gehandicapten kan bijdragen aan een grotere doelmatigheid en doeltreffendheid, zowel in maatschappelijk als in financieel opzicht. Het resultaat van onze analyse – met name waar het de categorisering van hulpmiddelen betreft – kan een bouwsteen voor de

discussie in de IBO-werkgroep vormen. Waar wij ons vooral richten op de ZFW, in casu de huidige Regeling hulpmiddelen 1996, daar plaatst de IBO-werkgroep de voorzieningen voor gehandicapten in een breder kader en komen ook de WVG en de Wet REA aan de orde.

2. Context voor het toekomstig hulpmiddelenbeleid

Uitgavenontwikkeling hulpmiddelen

De uitgaven voor de hulpmiddelen zijn de afgelopen jaren sterk gestegen. De analyse van de werkgroep Analyse Kostenontwikkeling Hulpmiddelen (AKH), aan de Tweede Kamer toegezonden op 5 november 1999, geeft aan dat ook de komende jaren een groei van circa 9,5% mag worden verwacht. De uitgavenontwikkeling kent een volume- en een prijscomponent. De volumecomponent verklaart het grootste deel van die stijging. Oorzaken voor die groei zijn: vergrijzing, technologische vooruitgang, toenemende maatschappelijke participatie en zelfstandigheid alsmede overheidsbeleid gericht op bevordering van thuiszorg en extramuralisatie. Een deel van de uitgavenstijging weerspiegelt dan ook het succes van bewust gevoerd overheidsbeleid en een kwalitatief betere zorgverlening. Zo kan de toegenomen kwaliteit van de diabeteszorg veel ernstige gezondheidsproblemen voorkomen. In het actieprogramma doen we recht aan genoemde determinanten door de hulpmiddelen te classificeren en door te kijken naar de beïnvloedingsmogelijkheden van de betrokkenen bij de afweging over de inzet van hulpmiddelen. De analyse van de werkgroep AKH strekt zich alleen uit tot de hulpmiddelen die vallen onder het tweede compartiment in casu de Regeling hulpmiddelen 1996. Ook de intramuraal verstrekte hulpmiddelen en de hulpmiddelen die via de WVG worden verstrekt, hebben de afgelopen jaren een forse groei doorgemaakt (zie tabel 1)¹.

Tabel 1 De uitgavenontwikkeling voor hulpmiddelen (mln. gld. 1990–1998)

| | 1990 | 1995 | 1997 | 1998 | Gem. jaarlijkse groei |
|-----------------------------|-------|-------|-------|-------|-----------------------|
| 1. Extramuraal ¹ | 625 | 981 | 1 127 | 1 292 | 9,5% |
| 2a. Intramuraal (verbruik) | 1 737 | 2 175 | 2 426 | | |
| 2b. Intramuraal (kapitaal) | 836 | 1 072 | 1 217 | | |
| 2c. Intramuraal (totaal) | 2 573 | 3 247 | 3 643 | | 5,1% |
| 3. Subtotaal | 3 198 | 4 228 | 4 770 | | 5,9% |
| 4. WVG ² | | 479 | 998 | | 44,3% |
| 5. Totaal | | 4 707 | 5 768 | | 10,7% |

¹ Cijfers gecorrigeerd voor incidentele ontwikkelingen.

² De WVG-cijfers betreffen alleen de uitgaven betrekking hebben op rolstoelen, woning-aanpassingen en individuele vervoersvoorzieningen (naar analogie van RVZ-advies).

Uit de tabel blijkt dat de extramurale hulpmiddelen een beperkt aandeel (circa 20%) in de totale uitgaven voor hulpmiddelen hebben. De intramurale hulpmiddelen hebben een aandeel van meer dan 50%. De groei van de uitgaven aan intramurale hulpmiddelen blijft in de jaren negentig aanzienlijk achter bij de groei van de extramurale hulpmiddelen en loopt redelijk in de pas met de totale groei van de intramurale sectoren. De explosieve groei van de WVG-uitgaven is met name te verklaren door een grotere bekendheid en door een beter bereik onder ouderen. Dit geldt eveneens voor de mobiliteitshulpmiddelen, inrichtingselementen en de hulpmiddelen voor communicatie en informatie uit de Regeling hulpmiddelen. Voorts heeft de extramuralisering een opdrukend effect op de WVG-uitgaven en is er sprake van een toenemende vervangingsvraag: de bruikleenvoorzieningen die zijn verstrekt onder de AAW lopen door totdat

¹ De tabel is een actualisatie van de analyse in het RVZ-advies «Medische hulpmiddelen» uit 1997 (pp. 94 e.v.).

sprake is van beëindiging of vervanging van de bruikleenvoorziening (met name net voor de invoering van de WVG is nog een groot aantal voorzieningen aangevraagd). Ten slotte is vanaf 1 januari 1996 het eigenbijdrage-regime van de WVG gewijzigd waardoor cliënten minder zelf hoeven te betalen.

Op het terrein van de extramurale hulpmiddelen hebben we de afgelopen jaren verschillende maatregelen genomen om de kostenontwikkeling binnen de perken te houden. We hebben de verzekeraarsbudgettering in de loop van de jaren negentig aangescherpt. In het Plan van Aanpak 1998 hebben we diverse maatregelen genomen om de doelmatigheid bij de verstrekking van hulpmiddelen te bevorderen en het prijsniveau te beperken. Met dit plan realiseren we in 2003 een besparing van 191 miljoen gulden. Ongeveer een derde deel van deze opbrengst hangt rechtstreeks samen met prijsmaatregelen. Zo is er, onder invloed van de aanscherping van de verzekeraarsbudgettering, sprake van prijsreducties bij het incontinentiemateriaal (20%), het diabetesmateriaal (15%) en het stomamateriaal (10%). Voorts vindt in dit plan bij de gehoorhulpmiddelen een besparing van circa 80 miljoen gulden plaats¹, terwijl er daarnaast nog sprake is van onder meer aanpassingen van de gebruikstermijnen. Boven op deze in het verleden getroffen maatregelen geven we thans invulling aan een pakket maatregelen dat op termijn oploopt tot 130 miljoen gulden. Dit betekent dat we de totaal geraamde uitgaven aan hulpmiddelen op termijn met circa 15% terugbrengen.

3. Bevorderen integrale afweging

3.1 Het domein van de medische hulpmiddelen: RVZ en ICDH

De Regeling hulpmiddelen 1996 omvat een breed scala van producten. Onder deze regeling vallen zowel hulpmiddelen voor medische diagnostiek en behandeling (zoals teststrips voor diabetes of anti-decubitusmaterialen), hulpmiddelen voor het uitvoeren van activiteiten (zoals pro- en orthesen) als hulpmiddelen voor de maatschappelijke participatie (bv. memorecorders en telefoerhulpmiddelen). Iedere hulpmiddelen categorie kent een eigen dynamiek wat betreft productontwikkeling, distributie en de invloed van de gebruiker, adviseur of voorschrijver op de indicatiestelling en de productkeuze. Voor de vormgeving van een kwalitatief goede hulpmiddelenverstrekking dient met deze dynamiek rekening gehouden te worden zodat het beheersinstrumentarium hierop kan worden afgestemd.

De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) heeft in 1997 het advies «Medische hulpmiddelen» uitgebracht. De Raad heeft geadviseerd om onderscheid te maken tussen hulpmiddelen die behoren tot de gezondheidszorg en hulpmiddelen die behoren tot de dienstverlening. In lijn met het RVZ-advies hebben wij de herziene ICDH² als vertrekpunt gebruikt om onderscheid te maken tussen hulpmiddelen die behoren tot de gezondheidszorg en hulpmiddelen die gericht zijn op verbetering van de maatschappelijke participatie³. De hulpmiddelen zijn op basis van de ICDH onderverdeeld in vier categorieën:

- hulpmiddelen die aangrijpen op de stoornis;
- hulpmiddelen voor het uitvoeren van basale activiteiten;
- hulpmiddelen voor het uitvoeren van complexe activiteiten;
- hulpmiddelen ter verbetering van het maatschappelijk functioneren.

Sommige hulpmiddelen kunnen zowel in de ene als in de andere categorie ingedeeld worden. In zo'n situatie is gekozen voor de categorie waar

¹ Het oorspronkelijke plan is op dit onderdeel overigens aangepast (Tweede Kamer, vergaderjaar 1998–1999, 24 124, nr. 90).

² WHO: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps -2, beta-2 draft, full version July 1999.

³ Daaraan voorafgaand hebben wij de Internationale Classificatie voor Technische Hulpmiddelen voor Gehandicapten, de NEN-ISO-9999, gebruikt om de hulpmiddelen conform deze classificatie te ordenen in tien hoofdklassen.

het zwaartepunt ligt voor het desbetreffende hulpmiddel. Bijlage 1 geeft een overzicht van de resulterende indeling.

3.2 Resultaat actoren-analyse

Een tweede stap en verfijning van de ICDH-indeling is het opstellen van een actoren-analyse. Daarbij kijken we naar de invloed van de verschillende betrokkenen bij de afwegingen over de inzet van een hulpmiddel. Hulpmiddelen waarbij het leef- en activiteitenpatroon van de gebruiker een belangrijke rol speelt, vragen bijvoorbeeld een andere benadering dan hulpmiddelen die onderdeel zijn van een medisch-specialistische behandeling. In tabel 2 is het resultaat van de actorenanalyse weergegeven.

We onderscheiden in deze verfijnde benadering vier hoofdcategorieën: hulpmiddelen op het terrein van de gezondheidszorg, opgesplitst in

1. a) medische behandeling
b) verpleging en verzorging
c) overige gezondheidszorggerelateerde hulpmiddelen;
2. welzijngerelateerde hulpmiddelen;
3. hulpmiddelen die algemeen gebruikelijk zijn;
4. hulpmiddelen specifiek voor de werk-/onderwijsituatie;

Tabel 2 Indeling hulpmiddelen in onderling samenhangende clusters¹

| | 1. HULPMIDDELEN OP HET TERREIN VAN DE GEZONDHEIDSZORG | | | 2. WELZIJN-GERELATEERDE HULPMIDDELEN |
|--|---|--|--|---|
| HULPMIDDELEN DIE NIET ALGEMEEN GEBRUIKELIJK ZIJN | 1a. HULPMIDDELEN DIE SAMENHANGEN MET DE MEDISCHE BEHANDELING | 1b. HULPMIDDELEN SAMENHANGEND MET VERPLEGING EN VERZORGING | 1c. OVERIGE GEZONDHEIDSZORG-GERELATEERDE HULPMIDDELEN | |
| | BEHANDELING EN OEFENING – zuurstofapparaten, concentratoren – longvibrators – vernevelaars – electrostimulators tegen pijn – CPAP-apparatuur – botgroeï-stimulator – drukpakken ter behandeling van brandwonden – apparatuur voor positieve uitademingsdruk – breukbanden – elastische kousen (drukklasse 3&4) – hulpmiddelen bij diabetes – draagbare uitwendige infuuspompen – injectiespuiten – hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden PERSOONLIJKE VERZORGING – trachea canule – verbandschoenen – bandagelenzen COMMUNICATIE – stemprothese – bone anchored hearing aid | BEHANDELING EN OEFENING – anti-decubitus zitkussens, etc. PERSOONLIJKE VERZORGING – stomavoorzieningen – spoelapparatuur voor anaal spoelen – urine-opvangzakken, katheters – incontinentie-absorptiematerialen INRICHTINGSELEMENTEN – bedaanpassingen HUISHOUELIJK – sonden – eetapparaten – voedingspompen, toebehoren | PERSOONLIJKE VERZORGING EN BESCHERMING – allergeenvrije schoenen (m.u.v. sport) – schedelkappen ORTHESSEN EN PROTHESSEN – prothetische voorzieningen voor onder- of bovenkaak – prothesen bewegingsapparaat (m.u.v. sport) – stompkousen – oogprothesen – pruiken – gelaatsprothesen – mammaprothesen – korsetten, beugel-apparatuur, spalken – orthopedisch schoeisel (m.u.v. sport) COMMUNICATIE – brillen, contactlenzen (uitsluitend cf indicatievoorwaarden) – tv-loupes – bijzondere optische hulpmiddelen – tactiel-leesapparatuur – bladomslagapparatuur – in- en uitvoerapparatuur, accessoires (brailleleesregel) – computerprogram. voor grootlettersystemen vis. geh. – elec.-akoest. hoortoest. (mono+stereo) – spraakvervangings – spraakversterker | COMMUNICATIE – cassette- en memo-recorders voor visueel gehandicap. – telefoneerhulpmiddelen – signaleringsapparatuur – alarmeringsapparatuur – ringleiding, infrarood voor geluid – teksttelefoon – solo-apparatuur – rekenmachine, aan handicap aangepast MOBILITEIT – krukken, loophulpen, looprekken, loopwagens – trippelstoelen, loopfiets – blindentaststokken INRICHTINGSELEMENTEN – aan functiebeperkingen aangepaste tafels en stoelen – allergeenvrije hoezen HULPMIDDELEN VOOR HET OMGAAN MET PRODUCTEN EN GOEDEREN – serveerwagens – omgevingsbedieningssystemen |
| ALGEMEEN GEBRUIKELIJKE HULPMIDDELEN | BEHANDELING EN OEFENING – elastische kousen (drukklasse 2) | PERSOONLIJKE VERZORGING – licht incontinentie-absorptiemateriaal | COMMUNICATIE – computers met bijbehorende apparatuur – schrijfmachine | COMMUNICATIE – fax MOBILITEIT – rollator |

¹ Hulpmiddelen specifiek voor de werksituatie en hulpmiddelen specifiek voor hobby of sport vallen buiten de Regeling hulpmiddelen

Ter toelichting het volgende.

1a. Medische behandeling

De hulpmiddelen die aangrijpen op stoornisniveau behoren primair tot de medisch-specialistische behandeling. De indicering, de productspecificatie en de evaluatie geschieden door de voorschrijver/specialist. Marketing-initiatieven van producenten en leveranciers richten zich voornamelijk op de voorschrijver/specialist. Het gebruik van deze hulpmiddelen is te objectiveren en leent zich daarmee voor de ontwikkeling van richtlijnen. De wensen van de gebruiker spelen over het algemeen een ondergeschikte rol bij het bepalen van de keuze voor het hulpmiddel. Een enkel hulp-

middel (bv. allergeenvrije hoezen) voldoet niet aan deze criteria. Het desbetreffende hulpmiddel is dan bij een andere categorie ingedeeld die beter aansluit bij de dynamiek van dat hulpmiddel (zo zijn de allergeenvrije hoezen bij de welzijnsgerelateerde hulpmiddelen ingedeeld vanwege de samenhang met de woningsanering). De nadruk in het beheersinstrumentarium moet derhalve liggen op de instrumenten die het gedrag van de voorschrijver/specialist kunnen beïnvloeden en integratie met de verstrekking waarbij het hulpmiddel thuishoort.

1b. Verpleging en verzorging

Deze hulpmiddelen hangen samen met verpleegkundige zorg of verzorging en zijn op te splitsen in twee subcategorieën: verbruiksgoederen zoals incontinentie-absorptiematerialen en stoma-artikelen en duurzame gebruiksgoederen die nauw samenhangen met het verlenen van (verpleegkundige) zorg. Voor de doelmatige inzet van de verbruiksgoederen is deskundig advies van incontinentie- of stomaverpleegkundigen van groot belang. Vanwege het grote volume van deze categorie hulpmiddelen zijn de prijs en de prijsontwikkeling belangrijk voor de uitgavenbeheersing zoals de verzekeraars de afgelopen jaren reeds hebben gedemonstreerd. Een doelmatige inkoop en distributie verdienen derhalve alle aandacht. Marketinginitiatieven van producenten en leveranciers voor de bulkgoederen richten zich primair op de gebruikers en de incontinentie- en stomaverpleegkundigen. Richtlijnen voor de productkeuze en doelmatigheidsbevordering bij inkoop en distributie zijn belangrijke beheersinstrumenten voor deze subcategorie hulpmiddelen. De tweede subcategorie zijn de duurzame gebruiksgoederen die een directe relatie hebben met het verstrekken van (verpleegkundige) zorg. Sommige van deze hulpmiddelen worden nu, weliswaar voor een periode van slechts 26 weken, via de uitleen thuiszorg (AWBZ) verstrekt. De kosten van deze hulpmiddelen worden op dit moment geïsoleerd van de andere kosten in de gezondheidszorg gezien. Vanwege het feit dat er geen integrale afweging van de totale zorgvraag plaatsvindt, kunnen er ondoelmatigheden in de zorgverstrekking ontstaan. Voor het bepalen van bijvoorbeeld het omslagpunt intra- versus extramurale behandeling is het van belang de kosten van deze hulpmiddelen mee te wegen. Marketinginitiatieven richten zich nu vooral op de verstrekkers (thuiszorgorganisaties en verzekeraars).

1c. Overige gezondheidszorggerelateerde hulpmiddelen

Tot deze categorie behoren alle hulpmiddelen voor het uitvoeren van (complexe) activiteiten en hulpmiddelen die een relatie hebben met de gezondheidszorg vanwege de indicatiestelling voor het hulpmiddel of de productkeuze. De voorschrijver is bij de aanschaf van het hulpmiddel betrokken vanwege de afweging van het hulpmiddel ten opzichte van andere interventies en/of het opstellen van producteisen voor het hulpmiddel. Een deel van deze hulpmiddelen wordt naar maat vervaardigd. Anders dan bij de hulpmiddelen uit de categorie «medische behandeling» zijn de individuele wensen en het activiteitenpatroon van de gebruiker bij deze hulpmiddelen ook van invloed op de producteisen. Hiertoe behoren ook de aanvullende eisen die aan het hulpmiddel worden gesteld in verband met bijzondere gebruikssituaties zoals sport, hobby of werk. Als het hulpmiddel specifiek bestemd is voor sport, dan is het ingedeeld bij de welzijnsgerelateerde hulpmiddelen. Het onderscheidend criterium is dan niet het soort hulpmiddel maar het gebruiksdoel. Marketinginitiatieven richten zich zowel op de voorschrijver en adviseur als op de gebruiker. Een belangrijk aandachtspunt voor deze categorie hulpmiddelen is de vervangingstermijn. Een beheersinstrumentarium dat aangrijpt bij de verschillende aspecten is voor deze hulpmiddelen op zijn plaats.

2. Welzijnsgerelateerde hulpmiddelen

Hulpmiddelen ter bevordering van de maatschappelijke participatie vallen primair buiten de gezondheidszorg. Bij de uiteindelijke keuze van het product speelt het leef- en activiteitenpatroon van de gebruiker een grote rol. Er is geen relatie met de medische behandeling. Er is sprake van een groeiende groep consumenten die eigen eisen stelt aan de (vormgeving en functionaliteit van de) hulpmiddelen. Producenten spelen hier op in bij het ontwerpen en ontwikkelen van hulpmiddelen. Bij dit type hulpmiddelen is het moeilijk om algemeen geldende richtlijnen voor de indicatiestelling en de productkeuze op te stellen. De doelmatigheid en de effectiviteit van de hulpmiddelen zijn niet of nauwelijks te objectiveren. Die zijn namelijk voor een groot deel afhankelijk van de (subjectieve) beleving door de gebruiker. In het beheersinstrumentarium dient meer ruimte te zijn voor de keuzevrijheid van de gebruiker.

3. Hulpmiddelen die algemeen gebruikelijk zijn

Sommige hulpmiddelen zijn zo algemeen ingeburgerd dat ze niet vallen onder een vergoedingsregeling van overheidswege behoudens een vangnet via de bijzondere bijstand. Een goed voorbeeld zijn brillen en contactlenzen (met uitzondering van enkele specifieke medische situaties). Inmiddels is er in deze categorie nog een aantal hulpmiddelen waarvoor men de vraag kan opwerpen of een vergoedingsregeling van overheidswege nog steeds aangewezen is. In verschillende Europese landen worden hulpmiddelen in deze categorie niet vergoed.

4. Hulpmiddelen specifiek voor de werk-/onderwijsituatie en hulpmiddelen voor hobby en sport

Dit zijn hulpmiddelen die specifiek bestemd zijn voor de werksituatie of het onderwijs. Deze hulpmiddelen worden vergoed op grond van de wet REA. Niet het soort hulpmiddel maar het gebruiksdoel is bepalend voor de indeling in deze categorie. Ook specifieke hulpmiddelen voor hobby en sport vallen niet onder de Regeling hulpmiddelen.

3.3 De beïnvloedingsmogelijkheden

In tabel 3 zijn de directe beïnvloedingsmogelijkheden van de betrokken actoren op de uitgaven per categorie hulpmiddelen die tot de gezondheidszorg of welzijn behoren, samengevat. De bepalende factoren voor de uitgaven zijn de «prijs per product», de «productkeuze» en het «volume». De uitkomsten van de analyse gekoppeld aan de kenmerkende elementen van de hulpmiddelen zijn de basis voor de bepaling van het passend beheersinstrumentarium. Immers voor het inzetten van de juiste prikkels voor kostenbeheersing is het van belang te weten op welk niveau invloed kan worden uitgeoefend op de uitgaven.

Tabel 3 Beïnvloedingsmogelijkheden betrokkenen¹

| Functie Omgeving | Medische behandeling | | | Hulpmiddelen V&V | | | Overig gezondheid-gerelateerd | | | Overig welzijn-gerelateerd | | |
|--------------------------------------|----------------------|------------------|--------|------------------|------------------|--------|-------------------------------|------------------|--------|----------------------------|------------------|--------|
| | Prijs | Product Keuze | Volume | Prijs | Product Keuze | Volume | Prijs | Product Keuze | Volume | Prijs | Product Keuze | Volume |
| Meso-niveau | | | | | | | | | | | | |
| Zorgverzekeraar zorgkantoor/gemeente | + | + | - | + | + | + | + | + | + | + | + | - |
| Instelling | + | + | - | + | + | + | - | - | - | - | - | - |

| Functie Omgeving | Medische behande- ling | | | Hulpmiddelen V&V | | | Overig gezondheid- gerelateerd | | | Overig welzijn- gerelateerd | | |
|----------------------------|---------------------------|------------------|--------|------------------|------------------|--------|-----------------------------------|------------------|--------|--------------------------------|------------------|--------|
| | Prijs | Product Keuze | Volume | Prijs | Product Keuze | Volume | Prijs | Product Keuze | Volume | Prijs | Product Keuze | Volume |
| Micro-niveau | | | | | | | | | | | | |
| Voorschrijver/ Adviseur | + | + | + | +/- | +/- | + | + | + | + | - | - | - |
| Gebruiker | +/- | +/- | +/- | +/- | + | + | + | + | + | +/- | +/- | +/- |
| Producent/Leverancier | - | - | - | +/- | +/- | +/- | + | + | +/- | + | + | + |
| | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |

¹ Een plus veronderstelt de aanwezigheid van directe beïnvloedingmogelijkheden van de actor op de uitgaven; een min betekent dat er geen directe beïnvloeding is, maar sluit de aanwezigheid van indirecte mogelijkheden niet uit.

4. Beheersinstrumentarium

4.1 Inleiding

De gedetailleerde regelgeving rondom de verstrekking hulpmiddelen heeft tot doel de uitgaven voor hulpmiddelen te beheersen. Dit geschiedt vooral door een beperking van het aanbod en de keuzevrijheid van de gebruiker (limitatieve opsomming van categorieën, een beperking van de te vergoeden typen binnen een categorie en indicatievoorwaarden; zie paragraaf 4.2). Tegelijkertijd vindt binnen het gehele zorgproces een verschuiving plaats van aanbod- naar vraaggestuurde zorg.

Het sturingsmechanisme ontwikkelt zich van centraal aangestuurde overheidsregulering naar een sturingssysteem waarin andere actoren de verantwoordelijkheid en ook de ruimte krijgen om doelmatig de schaarse middelen voor de zorg te verdelen (concurrerende verzekeraars, regionale zorgkantoren etc.). In zijn huidige vorm sluit de Regeling hulpmiddelen 1996 hier niet bij aan. Er is dan ook behoefte aan een alternatief sturen beheersmodel dat aanhaakt bij de verschuiving van verantwoordelijkheden voor de uitgaven van de zorg.

Paragraaf 4.3 beschrijft algemene aangrijpingsmogelijkheden voor het te voeren beleid. Dit betreft het prijsinstrumentarium, de inkoop en distributie, vergroten van de transparantie alsmede de vraag of alle hulpmiddelen onderdeel moeten blijven vormen van een sociale ziektekostenverzekering. Paragraaf 4.4 schetst vervolgens de mogelijkheden voor beleid per categorie (functie) hulpmiddelen.

4.2 Huidig beheersinstrumentarium

De Regeling hulpmiddelen valt onder de ZFW en wordt uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars. Hulpmiddelen vallen (net als de geneesmiddelen) onder de categorie overige verstrekkingen waarvoor de verzekeraar risicodragend is. De budgettering prikkelt de verzekeraars in toenemende mate om tot kostenbeheersing te komen. Sinds 1991 lopen verzekeraars een (aanvankelijk nog gering) risico over de uitgaven voor hulpmiddelen. Sindsdien is het risico voor verzekeraars geleidelijk verhoogd door de verevening en de nacalculatie voor hulpmiddelen te verlagen. Met ingang van 1998 zijn individuele zorgverzekeraars in beginsel volledig risicodragend geworden voor de verstrekking van hulpmiddelen. Alleen via de hogekostenverevening (HKV) blijft op dit moment nog een zeer beperkt deel van het hulpmiddelenbudget buiten schot. Dit aandeel zal de komende tijd afnemen gelet op het voornemen de drempel voor de HKV te verhogen. Met de introductie van deze financiële prikkels hebben we de fundamenten gelegd voor een gedragsverandering bij zorgverzekeraars als het gaat om het streven naar doelmatigheid bij de hulpmiddelenverstrekking. Tegelijkertijd moet ook worden onderkend dat

een dergelijke gedragsverandering niet van de ene op de andere dag over de hele linie optreedt. Sommige verzekeraars hebben op dit punt al grotere inspanningen geleverd en betere resultaten bereikt dan andere.

Wij zijn er van overtuigd dat verzekeraars in de nabije toekomst over de volle breedte invulling zullen geven aan hun regierol. De mogelijkheden liggen er ook volop. De noodzakelijk geachte liberalisering van de markt (gereguleerde marktwerking) zoals onder meer de MDW-werkgroep geneesmiddelen, het rapport-Wijers en de Commissie-De Vries aangeven, is voor een deel immers reeds gerealiseerd op de markt(en) van de hulpmiddelen. Zo heeft de verzekeraar de vrijheid om te onderhandelen met de aanbieders en leveranciers en kan hij invloed uitoefenen op de prijsvorming. Een van de invalshoeken van dit actieprogramma is om verzekeraars verder te faciliteren bij het uitoefenen van hun regierol.

Naast de Regeling hulpmiddelen kent de Ziekenfondswet een aantal specifieke instrumenten waarmee de verzekeraar invloed kan uitoefenen op de uitgaven aan hulpmiddelen. Met behulp van de aanvraag- en machtigingsprocedure kan de verzekeraar het type en de leverancier van de verstrekking bepalen. Voor een aantal hulpmiddelen is bepaald dat de verstrekking uitsluitend in bruikleen mag plaatsvinden. Dit geldt onder meer voor de aangepaste tafels en stoelen en de speciale bedden.

De criteria dat de verstrekking doelmatig en niet onnodig kostbaar moet zijn (contractueel vastgelegd tussen de zorgverzekeraar en de zorgverlener), geeft de verzekeraar tevens invloed op het te verstrekken hulpmiddel.

In het Plan van Aanpak 1998 hebben we extra instrumenten aangereikt om de regierol van de verzekeraar verder te faciliteren. Het betreft hier voor de korte termijn onder meer het opnemen van gebruiksnormen in de regeling. Aangezien de wijzigingen per 1 april 1999 zijn ingegaan is het nog te vroeg om te kunnen rapporteren over de effecten op de kostenontwikkeling. Voor de langere termijn hebben wij in 1998 aan het CVZ de opdracht gegeven voor de ontwikkeling van een in- en uitstroombelasting, een Hulpmiddelenkompas en een onderzoeksprogramma ter verbetering van doelmatige verstrekking van hulpmiddelen. Aangezien het gaat om instrumenten voor de langere termijn, zijn aanvullende maatregelen nodig voor de korte termijn om de budgettaire doelstellingen te halen.

4.3 Instrumentarium algemeen

4.3.1 Inleiding

Het sturingsinstrumentarium kan niet los worden gezien van de distributiekolom die de deelmarkt kenmerkt. Op een aantal deelmarkten is sprake van aanzienlijke marges. Deze zijn voor een deel weg te nemen door de machtspositie van een aantal schakels in de distributiekolom te breken. Noodzakelijke voorwaarde hiervoor is dat de inkopende marktpartij een stevige partij is die kennis van zaken heeft en op een behoorlijke schaal kan inkopen. Dat vereist dat de verschillende deelmarkten ook transparant zijn. We zullen deze transparantie zoveel mogelijk in een Europees perspectief plaatsen, aangezien de prijzen per land variatie vertonen.

Een van de belangrijkste factoren die een doelmatige inkoop door verzekeraars van bepaalde hulpmiddelen in de weg staat is de onduidelijke prijsvorming in de distributiekolom. De motie-Arib (Tweede Kamer, vergaderjaar 1998–1999, 24 124 nr. 78) waarin de nadruk ligt op het vergroten van de transparantie, het versterken van de inkoopfunctie en de FTTO-benadering, sluit hierbij nauw aan.

Vanuit de overheid bezien zijn er verschillende mogelijkheden om faciliterend op te treden ten gunste van de inkoopende partij.

4.3.2 Prijsinstrumentarium

Op de hulpmiddelenmarkt is (nog steeds) sprake van een grote marktmacht van de aanbiederende partijen. Daardoor blijft het probleem van onvoldoende prijsconcurrentie tussen de aanbieders bestaan. In dit verband is relevant dat de Mededingingswet per 1-1-1998 in werking is getreden. Het is van het grootste belang dat de NMa actief speurt naar mededingingsbeperkende afspraken in deze sector. Ik zal daarvoor, in overleg met de Minister van EZ, aandacht vragen van de NMa. Dergelijke afspraken moeten en kunnen met het huidige mededingingsinstrumentarium stevig worden aangepakt. Dit vergt overigens een zeer actieve betrokkenheid van inkopers en gebruikers van hulpmiddelen. Zij worden immers als eerste geconfronteerd met dergelijke afspraken. Om die reden zullen zij de weg naar de NMa zo nodig goed moeten weten te vinden.

Zoals toegezegd (Tweede Kamer, vergaderjaar 1997–1998, 24 124 nr.67) bekijken wij in overleg met het Ministerie van Financiën hoe de BTW-heffing op hulpmiddelen kan worden geherclassificeerd. In lijn met Europese regelgeving zal een deel van de hulpmiddelen dat op dit moment onder het hoge BTW-tarief valt, onder het verlaagde BTW-tarief worden gebracht. De uitwerking hiervan zal moeten worden ingepast in het belastingplan 2001. De precieze verlaging van de uitgaven aan extramurale hulpmiddelen zullen wij nader onderzoeken, maar deze ramen wij vooralsnog op 15 miljoen gulden.

4.3.3 Inkoop, distributie en transparantie

Bij de hulpmiddelenvoorziening hebben inspanningen van de zorgverzekeraars gericht op de inkoop inmiddels geleid tot kortingen van gemiddeld 7,5 tot 10% bij de verbruiksmiddelen. Dit gemiddelde wordt vooral gehaald door een kleinere groep verzekeraars die er al in slagen om aanzienlijk hogere kortingen te bedingen. De toenemende aandacht voor kostenbeheersing bij de zorgverzekeraars sterkt ons vertrouwen dat verzekeraars er in slagen de nog aanwezige kortingsruimte op de hulpmiddelenmarkt te verzilveren.

De individuele verzekeraar zal steeds afwegen of het te behalen (concurrentie)voordeel opweegt tegen de kosten van scherp onderhandelen. Inmiddels worden bij verzekeraars daarom mogelijkheden verkend van gezamenlijke inkoop c.q. openbare aanbesteding.

Daarnaast is er sprake van ontwikkelingen aan de aanbiederzijde die wijzen op het openbreken van deelmarkten. Het initiatief van Vendex/Hans Anders bij de gehoorapparaten geeft aan dat forse prijsverlagingen bij specifieke categorieën hulpmiddelen mogelijk zijn. Ook op andere deelmarkten lijken initiatieven te worden ontplooid die bestaande aanbieders zullen blootstellen aan meer concurrentie. Waar mogelijk zullen wij dergelijke initiatieven ondersteunen teneinde prijsverlagingen te bevorderen. Een belangrijke randvoorwaarde voor ons blijft daarbij dat de kwaliteit van de geleverde zorg adequaat is.

Aan de vraagzijde zullen we de inkopers van hulpmiddelen verdergaande ondersteuning gaan bieden zonder daarbij op hun stoel te gaan zitten. Wij zullen in overleg met de Minister van EZ een onafhankelijk orgaan oprichten dat de concurrentie op de hulpmiddelenmarkt bevordert. Dit orgaan moet een hoogwaardig kenniscentrum worden dat in staat is de

informatie-asymmetrie die veel hulpmiddelenmarkten nu kenmerkt, op te heffen. Het orgaan verschaft informatie aan potentiële toetreders (aanbieders en leveranciers van hulpmiddelen) tot de markt. Voorts geeft dit orgaan informatie aan zorginkopers over de prijzen voor de verschillende categorieën hulpmiddelen. Het orgaan heeft geen rol als toezicht-houder. Dit is immers de taak van de NMa. De door het orgaan te verschaffen informatie betreft enerzijds prijsgegevens over vergelijkbare producten in het buitenland en anderzijds prijsgegevens die worden opgevraagd in de binnenlandse markt.

De activiteiten laten zich in grote lijnen als volgt schetsen:

- Het orgaan legt contacten met buitenlandse overheden en met partijen in het binnenland om relevante (prijz)gegevens te verzamelen.
- Het orgaan legt aan de deelnemende zorgverzekeraars en andere inkoopers een rapportage voor van de resultaten (inclusief vergelijking tussen bestaande inkoop en het aangeboden).
- De zorgverzekeraar behoudt uiteraard zijn individuele verantwoordelijkheid voor de inkoopbeslissing.

Op deze wijze kan een belangrijke bijdrage worden geleverd aan het transparanter maken van de markt en het vergroten van de dynamiek zonder op centralistische wijze in de markt in te grijpen. De reikwijdte van het kenniscentrum hoeft niet beperkt te blijven tot de hulpmiddelen die zorggerelateerd zijn.

Ook andere verstrekkers van hulpmiddelen zoals gemeenten hebben namelijk te maken met een sterke aanbiederskant enerzijds en een beperking in tijd en mankracht om hun kennisachterstand ten opzichte van zorgaanbieders te verkleinen.

Voorts zullen wij onderzoeken of het zinvol is om dit kenniscentrum op te dragen effectief gebleken inkoopmodellen¹ bij de hulpmiddelen te introduceren.

4.3.4 Doelmatigheid naar analogie Koopmans

In de motie-Arib is gevraagd de transparantie van de distributie en de prijsopbouw van de hulpmiddelen te verbeteren door maatregelen à la het plan-Koopmans bij de geneesmiddelen. Het advies van de commissie-Koopmans betreft onder meer het uitbreiden van het bestaande Farmacotherapeutisch overleg (FTO) tussen huisartsen en apothekers naar een Farmacotherapeutisch Transmurale Overleg (FTTO). In dat overleg worden de poliklinisch voorschrijvende specialisten en de ziekenhuisapothekers betrokken. Het is vooral gericht op transmurale samenwerking en overleg tussen de voorschrijvers van geneesmiddelen en de apothekers als leverancierspartij.

Het concept van de Koopmansplannen voor de farmaceutische zorg is niet in al zijn onderdelen toe te passen op de extramurale hulpmiddelenzorg. De hulpmiddelensector wijkt immers af van de geneesmiddelensector. Er is in de eerste plaats geen sprake van een bestaand FTO voor hulpmiddelen. Bovendien bestaat elk van de circa 20 deelsectoren in de hulpmiddelenvoorziening uit een verschillend samengesteld cluster van voorschrijvers en leveranciers. Toch is het FTTO-concept in zijn algemeenheid zonder meer bruikbaar voor deelsectoren van de hulpmiddelenvoorziening. Een gestructureerd overleg biedt aanknopingspunten om op lokaal/regionaal niveau doelmatigheidswinsten te boeken bij de verstrekking van hulpmiddelen. Het gaat daarbij om een vergroting van de doelmatigheid bij enerzijds het voorschrijven van hulpmiddelen en anderzijds de inkoop en de distributie. In enkele regio's wordt al gebruik gemaakt van een dergelijke overlegstructuur. Dit heeft geleid tot grotere doelmatigheid

¹ In Nederland en/of daarbuiten b.v. de inkoopactiviteiten van Albert Heijn, SuperUnie en A.M.S. op het terrein van de consumentengoederen en N.H.S.A. op het terrein van de medische producten.

en kostenbesparing. Ook wordt de kwaliteit van de gehele voorziening bevorderd.

Verzekeraars kunnen en moeten een centrale rol vervullen bij het verder vormgeven van een gestructureerd hulpmiddelenoverleg op lokaal/regionaal niveau. Wij zullen verzekeraars faciliteren bij het invullen van deze regierol door een beperkt aantal proefprojecten financieel te ondersteunen. Onderstaand geven we een aantal denkrichtingen aan voor de invulling van die regierol. Het gaat hier niet om een blauwdruk, maar om een handreiking aan zorgverzekeraars bij het invullen van hun rol.

I. Doelmatiger voorschrijven

Doelmatig en gericht voorschrijven kan op verschillende manieren worden bewerkstelligd.

- *Hulpmiddelenkompas en -formularium*

De deskundigheid bij voorschrijvend artsen met betrekking tot hulpmiddelen kan worden verbeterd door het opstellen van een lokaal formularium. Het formularium heeft een bindend karakter. Het CVZ is momenteel bezig aan de ontwikkeling van een Hulpmiddelenkompas. De eerste editie zal naar verwachting gereed zijn eind 2001. Dit kompas kan het uitgangspunt vormen voor lokaal te ontwikkelen formularia.

Omgekeerd kunnen lokale formularia een landelijke uitstraling krijgen, door andere groepen worden overgenomen of zelfs een basis vormen voor onderdelen van het landelijk Hulpmiddelenkompas.

- *Electronisch voorschrijfsysteem*

In een later stadium kan software ontwikkeld worden voor een hulpmiddelenvariant van het Electronisch Voorschrijfsysteem, zoals dat is beschreven in het Koopmansrapport.

- *Bonus/malus systeem voorschrijfgedrag*

Een bonus/malus systeem kan voorschrijvers stimuleren afwijkend voorschrijfgedrag te corrigeren.

- *Evaluatie van het voorschrijfgedrag door gebruik van spiegelinformatie*

Binnen het gestructureerd overleg kan de zorgverzekeraar spiegelinformatie leveren over het voorschrijfgedrag van de individuele voorschrijvers. Het voorschrijfgedrag wordt in de groep getoetst en besproken.

II. Doelmatiger inkopen en distribueren

- *Scheiding van zorg en inkoop*

Leverantie en inkoop van hulpmiddelen worden momenteel geheel verzorgd door commercieel werkende bedrijven. Afhankelijk van de sector en de samenstelling van de distributiekolom worden soms ruime marges gehaald. Op kortingen, bonussen en schaalvoordelen bij bulkinkoop is weinig zicht. Scheiding van zorg en inkoop kan een belangrijk middel zijn om de belangenverstremming te voorkomen die ontstaat wanneer leveranciers tevens als keuzebepalend adviseur fungeren.

Scheiding van zorg en inkoop kan een omwenteling teweegbrengen in de lokaal gegroeide en gevestigde distributiestructuren. Hier ligt voor de zorgverzekeraars een kans de hulpmiddelendistributie grondig te herstructureren.

- *Beheer van eigen bedrijven of deelname in bedrijven door zorgverzekeraars*

De opheffing van het verbod op het beheren van eigen instellingen door ziekenfondsen (artikel 42 Ziekenfondswet) zal zorgverzekeraars de moge-

lijkheid bieden zelf hulpmiddelenbedrijven op te richten of daarin deel te nemen.

- *Het instrument van aanbesteden.*

Zorgverzekeraars kunnen gebruik maken van het instrument van aanbesteden om de gehele hulpmiddelenvoorziening of onderdelen daarvan uit te besteden aan gespecialiseerde particuliere bedrijven. ZN heeft een onderzoek laten verrichten naar openbaar aanbesteden.

- *Samenstellen van voorkeursassortimenten*

Het gestructureerd overleg biedt de mogelijkheid een lokaal of zelfs regionaal voorkeursassortiment op te bouwen. Een regionaal voorkeursassortiment biedt grote schaalvoordelen bij inkoop

- *Kiezen voor doelmatige distributiekkanalen*

In sommige hulpmiddelensectoren bestaan grote verschillen in de opbouw van de distributiekolom. Weinig of niet benutte distributiekkanalen voor hulpmiddelen zijn de thuiszorgwinkels en ziekenhuisapotheken.

- *Volumebewaking: taak van de leverancier*

In de farmaceutische zorg is volumebewaking reeds lang ingeburgerd. Volumebewaking houdt in dat de leverancier het gebruik van hulpmiddelen per individuele gebruiker kan volgen zodat ondoelmatig gebruik bij verbruiksartikelen kan worden geconstateerd en gecorrigeerd. Volumebewaking zal als beheersinstrument onderdeel kunnen vormen van de afspraken tussen de zorgverzekeraar en de hulpmiddelenleverancier.

4.3.5 Consumentenbenadering

A) De omvang van het pakket

Uit een internationale vergelijking van het verstrekkingenbeleid voor hulpmiddelen uitgevoerd door Deloitte en Touche¹ blijkt dat de ons omringende landen bij de samenstelling van het via de sociale ziektekostenverzekering te vergoeden hulpmiddelenpakket op onderdelen tot andere afwegingen komen. Zo worden in België de elastische kousen en glucosemeters niet vergoed en het incontinentiemateriaal slechts ten dele. In Frankrijk kent men relatief forse eigen bijdragen, variërend van 35 tot 65%. Hulpmiddelen waarvan het therapeutisch nut omstrede is en/of de kosten laag zijn worden in Duitsland niet vergoed. Diabetesteststrips worden in Denemarken volledig door de gebruiker betaald, terwijl de glucosemeters voor de helft worden vergoed.

Bovenstaande voorbeelden illustreren dat de vergoeding voor hulpmiddelen in de ZFW niet als uitgesproken sober kan worden gekenschetst. De vraag kan derhalve worden gesteld of alle hulpmiddelen die thans onder de ZFW vallen, ook in de toekomst onderdeel moeten blijven uitmaken van de sociale ziektekostenverzekering. Deze vraag staat niet op zichzelf, maar vormt onderdeel van een bredere discussie over de stelselherziening in de zorgsector. De SER is momenteel bezig met de voorbereiding van een advies over de solidariteit in het stelsel van ziektekostenverzekeringen. De SER zal ingaan op de solidariteit aan de premiekant en de solidariteit aan de verstrekkingenkant. Daarbij komt expliciet aan de orde wat de verantwoordelijkheid van de overheid is versus de verantwoordelijkheid van de burger en welke vormen van zorg collectief en welke privaat moeten worden verzekerd. In afwachting van het SER-advies en de brede discussie over de stelselherziening zullen we geen geïsoleerde pakketmaatregelen bij de hulpmiddelen treffen om de taakstelling uit de Zorgnota in te vullen.

Dit neemt niet weg dat er ook met betrekking tot de hulpmiddelen een specifieke afweging kan worden gemaakt. Relevante vragen zijn of de desbetreffende hulpmiddelen tot de noodzakelijke zorg kunnen worden gerekend, of zij betaalbaar zijn voor de gebruikers en of zij inmiddels het karakter van een gemeengoed hebben gekregen. In feite gaat het om het toepassen van de trechter van Dunning op de hulpmiddelen.

¹ Zie bijlage 2 voor een uitgebreid overzicht ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

Noodzakelijke zorg

De vraag of alle in tabel 2 genoemde hulpmiddelen vanuit een zorginhoudelijke hoek als noodzakelijk moeten worden beschouwd, valt op dit moment niet te beantwoorden. Er zijn geen signalen dat bepaalde categorieën hulpmiddelen overbodig zouden zijn. Wel zijn er vraagtekens te plaatsen bij de indicatiestelling voor en de toepassing van bepaalde hulpmiddelen¹. Er zijn nog weinig klinische studies van voldoende kwaliteit gedaan naar de effectiviteit van hulpmiddelen. Ook bestaan er nauwelijks richtlijnen voor doelmatige verstrekking van hulpmiddelen. Uitsluiten van de aanspraken op grond van het noodzakelijkheids criterium is dan ook niet mogelijk. Wel is een verbetering mogelijk van de indicatiestelling en de toepassing van hulpmiddelen. Voor dit doel is inmiddels het onderzoeksprogramma doelmatigheid hulpmiddelen en de ontwikkeling van het Hulpmiddelenkompas gestart. In dit kader is voorts van belang dat het CVZ een in- en uitstroommodel ontwikkelt dat instrumenten levert waarmee de doelmatigheid en noodzakelijkheid van hulpmiddelen is vast te stellen. Dit model levert de handvatten om tot een verantwoorde vaststelling van het pakket te komen.

Betaalbaarheid

Vervolgens doet zich de vraag voor of bepaalde hulpmiddelen voor eigen rekening en verantwoordelijkheid kunnen komen. Dit criterium gold al in de oude Regeling hulpmiddelen. Zo zijn de ADL-hulpmiddelen in 1994 bij de overheveling vanuit de AAW niet opgenomen in de Regeling hulpmiddelen. Een aantal hulpmiddelen kost op jaarbasis minder dan 100. Het is denkbaar deze hulpmiddelen in de toekomst geheel voor eigen rekening van de gebruiker te laten komen. Voor die afweging is echter van belang dat gebruikers van hulpmiddelen vaak oud, chronisch ziek of gehandicapt zijn. Hun inkomenspositie is kwetsbaar en zij maken vaak al extra kosten – niet in de laatste plaats voor hulpmiddelen- in verband met hun ziekte of handicap².

Gemeengoed

De hulpmiddelen die kunnen worden beschouwd als gemeengoedartikel of als onderdeel van de normale levensloop zijn de rollator, het licht incontinentiemateriaal, de lichte categorie elastische kousen, de schrijfmachine, de rekenmachine, de fax en de computer. Het budgettaire beslag van deze hulpmiddelen bedraagt circa 110 miljoen gulden. Vergoeding van deze hulpmiddelen uit een sociale ziektekostenverzekering is geen automatisme. Dit blijkt ook uit de internationale pakketvergelijking. Een benadering waarin geen vergoeding meer plaats zou vinden vereist dat er mogelijkheden zijn voor het afsluiten van een aanvullende verzekering tegen aanvaardbare premies (ook voor chronisch zieken en gehandicapt) en dat een toereikend vangnetsysteem aanwezig is om de toegankelijkheid van dergelijke voorzieningen te waarborgen.

B) Eigen betalingen gebruiker

Uit de internationale vergelijking is gebleken dat Nederland in verhouding met enkele ons omringende Europese landen een relatief bescheiden eigenbijdragesysteem voor hulpmiddelen kent. In Denemarken is de categorie van het hulpmiddel (persoonlijke- technische, consumptiegoederen) mede bepalend voor een eigen bijdrage. Consumptiegoederen waaronder computers kennen een eigen bijdrage. Frankrijk hanteert zoals aangegeven relatief hoge eigen bijdragen.

Ook in ons land betalen gebruikers een deel van de kosten voor hulpmiddelen zelf. Dit geldt met name voor die hulpmiddelen waarvoor een eigen bijdrage aan de voet of een maximumvergoeding bestaat (o.a. gebruiksklare borstprothesen, orthopedisch schoeisel, gehoorhulpmiddelen, glucosemeters, faxen en pruiken). Gelet op de recente ervaringen met

¹ Een voorbeeld is de toediening van COPD-zuurstof. Dit verlengt de levensduur, maar bij rokers is een zuurstofbehandeling ineffectief. De NVALT heeft afgesproken om zuurstof niet meer voor te schrijven als de betrokkene rookt en niet stopt met roken.

² NIVEL, Financiële positie van chronisch zieken, 1999.

eigen bijdragen in de ZFW ligt het niet in de rede om in aanvulling hierop een specifieke eigen bijdrage voor hulpmiddelen te introduceren waarbij altijd een vast percentage van de kosten door de gebruiker moet worden betaald.

4.4 Instrumenten per functie

Naast de inzet van generieke instrumenten is het zinvol om per categorie hulpmiddelen specifieke instrumenten in te zetten. In paragraaf 3 hebben wij een aantal functies bij de hulpmiddelen onderscheiden. Elke functie kenmerkt zich door specifieke eigenschappen. Aan die eigenschappen zullen we een passend beheersinstrumentarium koppelen teneinde een effectief kostenbeheersingsbeleid te kunnen voeren. Algemeen uitgangspunt is de introductie van voldoende prikkels om de verantwoordelijke actoren te stimuleren tot doelmatigheid en kostenbeheersing.

4.4.1. Hulpmiddelen die samenhangen met de medische behandeling

Hulpmiddelen onderdeel van het ziekenhuisbudget.

Een aantal hulpmiddelen kan integraal onderdeel gaan vormen van de medisch-specialistische behandeling. Dit betreft de volgende hulpmid-

- zuurstofapparaten, concentratoren;
- longvibrators;
- vernevelaars;
- electrostimulators tegen pijn;
- CPAP-apparatuur;
- botgroeistimulator;
- drukpakken ter behandeling van brandwonden;
- apparatuur voor positieve uitademingsdruk;
- breukbanden;
- elastische kousen (drukklasse 3/4)
- trachea canule;
- verbandschoenen;
- bandagelenzen;
- stemprothese;
- bone anchored hearing aid.

Bij deze hulpmiddelen spelen de wensen van de gebruiker voor de uitvoering van het hulpmiddel over het algemeen een geringe rol. De bepaling van de verstrekking en de budgetverantwoordelijkheid worden voor deze hulpmiddelen aan elkaar gekoppeld. Het budgettaire beslag van deze hulpmiddelen bedraagt circa 0,1 miljard gulden. Aangezien de voorschrijver direct invloed heeft op de kosten en de instelling belang heeft bij beheersing van die kosten, ontstaat een prikkel voor de verbetering van de doelmatigheid. Voor deze hulpmiddelen zal geen extramurale verstrekking blijven bestaan. Een indicatie leidt automatisch tot verstrekking via het instellingsbudget. Verwacht mag worden dat de groei van de huidige extramurale verstrekking (9,5%) na de herverkaveling in de pas zal gaan lopen met het gemiddelde groeiniveau van de intramuraal verstrekte hulpmiddelen (circa 5%).

4.4.2 Hulpmiddelen samenhangend met verpleging en verzorging

Deze groep hulpmiddelen (omvang circa 0,4 miljard gulden) vertoont een zorginhoudelijke samenhang met de sector verpleging en verzorging in de AWBZ. Met het oog op een integrale benadering zou overheveling naar de AWBZ op termijn voor deze groep een optie kunnen zijn. In de eindsituatie van de modernisering AWBZ komt de verantwoordelijkheid voor de kostenbeheersing in handen te liggen van de zorgkantoren, die mede op grond van hun omvang in staat moeten zijn inkoopvoordelen te halen.

Op dit moment achten wij het echter niet opportuun een tweede regeling (extramurale) hulpmiddelen in de AWBZ op te tuigen. We zouden daarmee immers het bestaande beheersinstrumentarium (de verzekeraarsbudgettering) in het tweede compartiment overboord zetten, terwijl verzekeraars zich wel degelijk in toenemende mate inspannen voor een doelmatiger verstrekking van hulpmiddelen. Wij verwachten dat in de nabije toekomst niet alleen de huidige «koplopers», maar alle verzekeraars hun verantwoordelijkheid op het terrein van de hulpmiddelen zullen nemen. Een verdere inzet van het instrument van benchmarking vormt een belangrijke stimulans. Bij deze afweging hebben wij ook het feit betrokken dat het beheersinstrumentarium voor het eerste compartiment thans nog volop in ontwikkeling is. Los van de precieze financieringswijze achten wij het hoe dan ook van belang dat de uitgaven voor deze hulpmiddelen in de toekomst een plaats krijgen bij de bepaling van het omslagpunt intra- versus extramurale behandeling.

Hulpmiddelen onderdeel van het budget verzorgingshuizen

Naar analogie van de verpleeghuizen en de geneesmiddelen in het verzorgingshuis zal een deel van de hulpmiddelen voor intramuraal verblijvende gebruikers in een verzorgingshuis onderdeel gaan uitmaken van het instellingsbudget. Dit geldt ook voor de gebruikers die voor een verzorgingshuis zijn geïndiceerd en via de regeling zorg op maat de benodigde zorg verkrijgen. Voor de bepaling van het deel dat voor overheveling in aanmerking komt zal nader onderzoek plaatsvinden.

Het onderzoek «Gebruik en kosten van hulpmiddelen in verzorgingshuizen»¹ geeft aan dat het merendeel van de ondervraagde verzorgingshuizen positief staat tegenover het voorstel een deel van de hulpmiddelen over te hevelen naar het (toekomstig) instellingsbudget. De belangrijkste redenen hierbij zijn de vrijheid van onderhandelen met leveranciers en de besparing in tijd voor de gebruikers van de hulpmiddelen.

Uitgaande van het geconstateerde verschil in uitgavengroei tussen de intra- en de extramurale hulpmiddelen verwachten wij dat er enige doelmatigheidswinst valt te boeken. Zo zullen inkoopcombinaties van verpleeg- en verzorgingshuizen voordelen in de distributiekolom kunnen behalen, terwijl voorts het hergebruik van (een deel van de) hulpmiddelen binnen de instelling kan worden bevorderd.

4.4.3 Overige hulpmiddelen: gezondheidszorg- en welzijn-gerelateerd

Deze grote groep hulpmiddelen heeft vooral betrekking op mobiliteit, woninginrichting en communicatie. De omvang bedraagt circa 0,9 miljard gulden. Deze categorieën hulpmiddelen kenmerken zich doordat de gebruiker veelal een centrale rol vervult bij de bepaling van het (type) product. Enerzijds tracht de zorgverzekeraar op grond van de gedetailleerde Regeling hulpmiddelen de regie te voeren ten aanzien van de kostenbeheersing, anderzijds heeft de gebruiker zeer specifieke wensen bij het te verstrekken hulpmiddel. De verzekeraar organiseert een doelmatig inkoopbeleid en onderhandelt met de fabrikant en/of leverancier over het aanbod en de prijs van het hulpmiddel. De gebruiker ziet het liefst de eigen wensen gerealiseerd. Dit kan een zekere spanning oproepen met de verplichting tot natura-verstrekking in de ziekenfondswet.

Landelijke richtlijnen voor doelmatige verstrekking

Wij achten het wenselijk dat verzekeraars in de toekomst meer ruimte krijgen om in te spelen op nieuwe (technologische) ontwikkelingen bij de hulpmiddelen en wensen van de gebruikers. De overheid regelt de rechten van verzekerden door de aard, inhoud en omvang van het hulpmiddelenpakket te bepalen. Deze functionele omschrijvingen worden gekoppeld aan landelijke richtlijnen voor de doelmatige verstrekking van

¹ Gebruik en kosten van hulpmiddelen in verzorgingshuizen, eindrapportage, december 1999, IPSO FACTO, Houten.

deze hulpmiddelen. Met een richtlijn bedoelen wij een uitwerking van de indicatiestelling voor het hulpmiddel met de daarbij behorende producteisen en aanwijzingen voor doelmatig gebruik. Een eerste stap in die richting wordt gezet met het onderzoek naar een totstandkoming van richtlijnen voor orthopedisch schoeisel en beenprothesen. Een randvoorwaarde voor de ontwikkeling naar een raamregeling is het beschikbaar zijn van resultaten van het in- en uitstroommodel. Daaruit zal blijken welke onderdelen van het model zich lenen voor de uitwerking in landelijke richtlijnen danwel thuishoren in de wettelijke regeling om de rechten van verzekerden goed te regelen. De overheid laat, evenals onder de huidige wettelijke regeling, aan de zorgverzekeraars over wie, waar en onder welke omstandigheden levert. De zorgverzekeraars kunnen op regionaal niveau in overleg met de voorschrijvers, leveranciers en gebruikers komen tot protocollen, die passen binnen de landelijke richtlijnen voor het gebruik van deze hulpmiddelen. Langs deze weg kan de regelgeving vereenvoudigd worden en tegelijkertijd sneller worden aangesloten bij nieuwe inzichten omtrent een doelmatige verstrekking van hulpmiddelen.

Samenhang met de WVG-regeling

Tabel 2 (indeling hulpmiddelen) geeft voor wat betreft de onderdelen mobiliteit en inrichtingselementen een indicatie voor een inhoudelijke samenhang met de huidige WVG-regeling, die zich richt op het terrein van wonen en vervoer. In het kader van de interdepartementale werkgroep IBO-WVG komt het vraagstuk van een duidelijker afbakening van beleidsverantwoordelijkheden en voorzieningspakketten voor gehandicapten verder aan de orde.

Productgebonden budget

In lijn met de ontwikkeling naar meer vraaggestuurde zorg past ook een grotere keuzevrijheid van de gebruiker bij de verstrekking van een hulpmiddel. Het productgebonden budget vormt het middel bij uitstek om die keuzevrijheid ook daadwerkelijk aan de gebruiker te laten. We zullen dit instrument dan ook op een zo ruim mogelijke schaal inzetten bij de toekomstige verstrekking van hulpmiddelen¹. Daarbij zullen we een aantal essentiële randvoorwaarden in acht nemen.

Ten eerste moet de gebruiker in staat zijn om zichzelf een oordeel te vormen over de effectiviteit van het hulpmiddel. Voorts dient er sprake te zijn van de aanwezigheid van voldoende keuzemogelijkheden voor de gebruiker. Er moet met andere woorden een divers aanbod zijn waar voor de gebruiker ook echt iets te kiezen valt. Ten slotte moet de budgettaire beheersbaarheid voldoende gewaarborgd zijn. Wat dat laatste betreft is het van belang dat de zorgvraag objectiveerbaar is en dat de indicatiestelling, de keuze van het hulpmiddel, de gebruiksduur en de vervangingstermijn zich lenen voor het opstellen van eenduidige categorieën waaraan een bepaald budget kan worden gekoppeld. Binnen deze randvoorwaarden is het PGB een zeer geschikt instrument om de verstrekking van hulpmiddelen op een modernere leest te schoeien. We zullen het PGB gefaseerd invoeren, startend met enkele nog nader te bepalen hulpmiddelen. We geven daarmee ook invulling aan de motie-Van Blerck (Tweede Kamer, vergaderjaar 1998–1999, 24 124, nr. 79), waarin de Kamer heeft gevraagd om een onderzoek naar de haalbaarheid van het productgebonden en/of persoonsgebonden budget voor producten binnen de hulpmiddelensector. Bij de implementatie zullen we rekening houden met het binnenkort te verschijnen rapport van het CVZ over het productgebonden budget. Overigens kan men de huidige verstrekkingwijze bij de gehoorapparaten (met een maximumvergoeding en toegenomen keuzemogelijkheden voor de gebruiker) in zekere zin beschouwen als een PGB *avant la lettre*.

¹ De in tabel 2 onderscheiden categorieën «overige gezondheidszorg-gerelateerde hulpmiddelen» en de «welzijn-gerelateerde hulpmiddelen» lijken het meest geschikt voor de PGB-benadering, maar ook voor een aantal gebruiksgoederen is een PGB-benadering mogelijk.

5. Stappenplan

De in paragraaf 4 geschetste maatregelen zullen we gefaseerd uitvoeren. Ons staat daarbij het volgende traject voor ogen.

Stappen 2000

De uitvoering vergt in de eerste plaats nauw overleg met alle betrokkenen in het veld. De komende maanden zullen wij dan ook benutten om intensief overleg te voeren met de betrokken ministeries, Zorgverzekeraars Nederland, de betrokken beroepsgroepen en koepels alsmede de cliënten/gebruikers. Tevens zullen wij het College voor Zorgverzekeringen vragen om een advies uit te brengen over het voorgestelde pakket maatregelen (inclusief de vormgeving van het concurrentiebevorderend orgaan). Dit overleg betreft tevens de opzet van een aantal regionale experimenten naar analogie van de aanpak Koopmans bij de geneesmiddelen. Deze kunnen één of meer sectoren van de hulpmiddelenvoorziening bestrijken. Ook experimenten met een integrale aanpak zijn mogelijk. Wij zullen de zorgverzekeraars vragen projectvoorstellen in te dienen waarin zij elementen uit de Koopmansbenadering toepassen op (onderdelen) van de hulpmiddelenvoorziening. Na beoordeling zullen we kansrijke projecten selecteren en daarmee nog in de loop van dit jaar starten. Randvoorwaarden zijn dat kwaliteit en toegankelijkheid van de hulpmiddelenvoorziening gewaarborgd zijn en dat rekening is gehouden met rechtsgelijkheid en rechtszekerheid van de verzekerden. Daarnaast moeten de projecten passen binnen de kaders van de Mededingingswet.

Voorts zullen we in overleg met de Minister van EZ bezien of het mogelijk is de NMa te vragen onwenselijke kartelvorming bij het aanbieden van bepaalde hulpmiddelen actief op te sporen.

Ten slotte zullen we dit jaar benutten voor het verder verbeteren van de informatievoorziening. Het HIP (Hulpmiddelen Informatie Project bij het CVZ) zal dit jaar met de eerste rapportages komen. Met het HIP komen volume- en kostengegevens op detailniveau beschikbaar zodat ontwikkelingen van het volume, van het hulpmiddel zelf en de prijsontwikkeling gevolgd kunnen worden. Daarmee wordt de basis gelegd voor het volgen van de kostenontwikkeling en het verstrekkingenbeleid. De Monitor hulpmiddelen zal eveneens in 2000 operationeel worden. De eerste rapportage wordt in mei verwacht.

Wij zullen de Kamer bij de Zorgnota 2001 nader informeren over de concrete voortgang bij alle hier bovengenoemde zaken. Tevens zullen we dan ingaan op de resultaten van het rapport van de werkgroep IBO-WVG.

Stappen 2001

In het jaar 2001 zal een deel van het huidige extramurale hulpmiddelenbudget worden overgeheveld naar de ziekenhuizen en de verzorgingshuizen. We zullen daarbij zo veel mogelijk aansluiten bij de benadering die nu ook is gevolgd voor de onderbrenging van de geneeskundige en farmaceutische zorg bij het verzorgingshuis.

Voorts zullen we in 2001 starten met een PGB voor hulpmiddelen. We hebben het CVZ inmiddels verzocht bij het in februari uit te brengen advies over het PGB expliciet in te gaan op de categorieën hulpmiddelen die het meest geschikt zijn voor deze start. In het najaar van 2001 zullen we op basis van een eerste evaluatie beslissen over de uitgebreidere inzet van dit instrument in 2002.

We streven er naar om het concurrentiebevorderend orgaan zijn werkzaamheden te laten starten in 2001. In overleg met de Minister van EZ zullen we dit concurrentiebevorderend orgaan de komende tijd meer concreet vorm gaan geven teneinde de transparantie bij de hulpmiddelen te bevorderen.

Latere jaren

In het kader van het nog uit te brengen SER-advies en de discussie over de stelselherziening past een analyse van het verstrekkingenpakket bij de hulpmiddelen. De hiervoor aangekondigde stappen en de reeds in het Plan van Aanpak 1998 getroffen maatregelen zijn met name gericht op doelmatigheidswinst en matiging van de prijs. Daarmee is een maximale inzet gepleegd om het niveau van de hulpmiddelenuitgaven terug te dringen. Het is niet mogelijk om additionele besparingen te realiseren in deze sfeer.

De nu voorgenomen stappen leiden tot het volgende budgettaire totaalbeeld (zie tabel 4). Met dit pakket wordt voor deze kabinetsperiode meer dan volledig invulling gegeven aan de taakstelling in de Zorgnota 2000.

Tabel 4 Opbrengsten maatregelen

| Maatregel | 2000 | 2001 | 2002 |
|---|--------|--------|--------|
| <i>Integrale aanpak/herverkaveling</i> | | | |
| Overheveling naar ziekenhuisbudget | | 5 | 5 |
| Overheveling naar verzorgingshuizen | | 5 | 5 |
| <i>Transparantie/Koopmans</i> | | | |
| Doorloop verz.budgettering/benchmarking/HKV | 42 | 45 | 45 |
| Opzet concurrentiebevorderend orgaan/ | | 10 | 25 |
| Verlaging BTW | | 15 | 15 |
| <i>Consumentenbenadering</i> | | | |
| Opschoning pakket | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. |
| Eigen bijdragen | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. |
| Totaal | 42 | 80 | 95 |

In 2003 wordt met dit pakket een besparing van 130 miljoen gulden gerealiseerd, hetgeen in de meerjarencijfers is verwerkt.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Vliegenthart

| ISO 9999 | | Stoornis | Activiteit basis | Activiteit complex | Participatie |
|-----------------|--|----------|------------------|--------------------|--------------|
| 03 | Hulpmiddelen voor behandeling en oefening | | | | |
| 03 03 | CPAP-apparatuur | | | | |
| 03 03 | Apparatuur voor positieve uitademingsdruk | | | | |
| 03 03 06 | Vernevelaars | | | | |
| 03 03 18 | Zuurstofapparaten, concentratoren | | | | |
| 03 06 03 | Drukpakken ter behandeling van brandwonden | | | | |
| 03 06 06 | Elastische kousen | | | | |
| 03 12 06 | Breukbanden | | | | |
| 03 21 | | | | | |
| 03/06/09/12/15 | Injectiespuiten en naalden | | | | |
| 03 24 12 | Hulpmiddelen bij diabetes | | | | |
| 03 21 21 | Draagbare uitwendige infuuspompen | | | | |
| 03 27 | Botgroei-stimulator | | | | |
| 03 27 06 | Elektro-stimulators tegen pijn | | | | |
| 03 27 12 | Longvibrators | | | | |
| 03 33 03/ 06/12 | Anti-decubitus-zitkussens, -bedden, -matrassen, -overtrekken | | | | |
| 03/54 | Hulpmiddelen voor anti-conceptionele doeleinden | | | | |
| 06 | Orthesen en prothesen | | | | |
| 06 03/06/12/15 | Orthesen wervelkolom en extremiteiten | | | | |
| 06 18/24 | Prothesen bewegingsapparaat, stompkousen | | | | |
| 06 27 | Cosmetische en niet functionele prothesen voor de extremiteiten | | | | |
| 06 30 03 | Pruiken | | | | |
| 06 30 18 | Mammaprothesen | | | | |
| 06 30 21 | Oogprothesen | | | | |
| 06 30 30 | Gelaatsprothesen | | | | |
| 06 30 36 | Prothetische voorzieningen voor onder- of bovenkaak | | | | |
| 06 33 | Orthopedisch schoeisel | | | | |
| 09 | Hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging en persoonlijke bescherming | | | | |
| 09 03 42 | Verband- en allergeenvrije schoenen | | | | |
| 09 06 03 | Schedelkappen | | | | |
| 09 15 03 | Trachea canule | | | | |
| 09 18 | Stoma-voorzieningen | | | | |
| 09 18 24 | Spoel-apparatuur voor anaalspoelen | | | | |
| 09 24/27 | Urine-opvangzakken, Katheters | | | | |
| 09 30 | Incontinentie-absorptie-materialen | | | | |
| 12 | Hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen | | | | |
| 12 03/06 | Krukken, loophulpen, looprekken, rollators, loopwagens | | | | |
| 12 06 09 | Trippelstoel, Loopfiets | | | | |
| 12 39 03 | Blinden-taststokken | | | | |
| 15 | Huishoudelijke hulpmiddelen | | | | |
| 15 09 | Voedingspompen, toebehoren | | | | |
| 15 09 27 | Eetapparaten | | | | |
| 15 09 30 | Sonden | | | | |
| 18 | Inrichtingselementen en aanpassingen van woningen en andere gebouwen | | | | |
| 18 03, 18 09 | Aan functiebeperkingen aangepaste tafels en stoelen | | | | |
| 18 12 15 | Allergeenvrije hoezen | | | | |
| 18 12 | Bedden en aanpassingen | | | | |
| 21 | Hulpmiddelen voor communicatie, informatie en signalering | | | | |
| 21 03 06/09 | Brillen, Contactlenzen (bijzondere) | | | | |
| 2103 10 | Bandagelenzen | | | | |
| 2103 12-30/36 | Bijzondere optische Hulpmiddelen | | | | |
| 21 06 03 | TV-loupes | | | | |
| 21 06 06 | Tactiel-leesapparatuur | | | | |
| 21 | Hulpmiddelen voor communicatie, informatie en signalering | | | | |
| 21 06 09 | Computer-programmatuur voor grootlettersystemen voor visueel gehandicapten | | | | |
| 21 09 | In- en uitvoer-apparatuur, accessoires voor computers | | | | |
| 21 09 15 | Spraakvervanging | | | | |
| 21 12 | Computers met bijbehorende apparatuur | | | | |
| 21 15 | Schrijfmachines | | | | |
| 21 18 | Rekenmachines | | | | |
| 21 27 03 | Bladomslagapparatuur | | | | |
| 21 30 03/09 | Cassette- en memorecorders voor visueel gehandicapten | | | | |
| 21 36 | Telefoon-hulpmiddelen | | | | |

| ISO 9999 | | Stoornis | Activiteit basis | Activiteit complex | Participatie |
|-------------|---|----------|------------------|--------------------|--------------|
| 21 39 21 | Ringleiding, Infrarood voor geluid | | | | |
| 21 42 12/15 | Stemprothese, Spraakversterker | | | | |
| 21 45 | Electro-akoestische hoortoestellen | | | | |
| 21 45 18 | Bone Anchored Hearing Aid | | | | |
| 21 45 | Solo-apparatuur | | | | |
| 21 48 | Signalerings-apparatuur | | | | |
| 24 | Hulpmiddelen voor het omgaan met producten en goederen | | | | |
| 24 12 | Omgevingsbedieningsystemen | | | | |
| 24 36 | Serveerwagens | | | | |